

精密検査連絡票

特定健康診査の結果、糖尿病性腎症が疑われ、医療機関受診の対象となりました。
つきましては、御高診くださいますようお願いいたします。
なお、お手数ながら、太枠内を御記入のうえ、御返送をお願いいたします。

年 月 日

保険者名 _____ 所属 _____ 担当 _____
連 絡 先 _____

氏名			生年月日	年 月 日	男・女
住所			電話番号		
健診結果（ 年 月 日実施） 添付資料等 ☐ あり ☐ なし 血糖（空腹時・随時） _____mg/dl 尿定性検査 蛋白 _____糖 _____ HbA1c _____% eGFR _____ml/分/1.73 m ²					
貴院での検査結果（検査日： 年 月 日）					
病 名	糖尿病（ 1 型 ・ 2 型 ・ その他 ・ 不明 ） 糖尿病腎症（ 1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期 ・ 5 期 ・ その他 ） その他（ ）				
検査結果	HbA1c _____% 尿蛋白（ ー 土 + 卅 卅 ） アルブミン定量（尿） _____mg/gCr eGFR（ _____ml/分/1.73 m ² ） クレアチニン（ _____mg/dl） その他（ ）				
方 針	☐ 治療不要 ☐ 経過観察（ _____ヵ月後） ☐ 治療中もしくは開始 治療における目標 HbA1c _____% ☐ 他医紹介 紹介先医療機関名 _____				
保健指導の希望の有無	☐ 有 （有の場合は参考様式4にその依頼内容を記入し添付してください） ☐ 無				
医療機関名	医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____		医師名		